

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE N° 92

LA
DÉSARTICULATION TEMPORAIRE

DANS LES
OSTÉO-ARTHRITES BACILLAIRES
DU TARSE ANTÉRIEUR

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juillet 1919

PAR

ROUZAUD (André)

Né à Montpellier, le 17 mai 1891

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ FORGUE, Professeur, *Président*.
ESTOR, Professeur.
RICHE, Agrégé.
ETIENNE, Agrégé.

} *Assesseurs.*



MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1919

LA
DÉSARTICULATION TEMPORAIRE
DANS LES
OSTÉO-ARTHRITES BACILLAIRES
DU TARSE ANTÉRIEUR

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE N° 92

LA
DÉSARTICULATION TEMPORAIRE

DANS LES
OSTÉO-ARTHRITES BACILLAIRES
DU TARSE ANTÉRIEUR

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juillet 1919

PAR

ROUZAUD (André)

Né à Montpellier, le 17 mai 1891

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

**Examineurs
de la Thèse**

{ FORGUE, Professeur, *Président*.
ESTOR, Professeur.
RICHE, Agrégé.
ETIENNE, Agrégé. }

Assesseurs.



MONTPELLIER
« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*)	DOYEN.
SARDA (*)	ASSESEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O. *).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAURET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (II.)
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (⊕).
Chimie médicale.....	DERRIEN.
Microbiologie.....	N...
Clinique médicale.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	VEDEL, profes. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU (O. * ⊕), a. l. e. c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN * ⊕, a. l. ch. d. c.
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Matière médicale.....	DESMONTS (ch. de c.).
Microbiologie.....	CABANNES, agrégé.
Stomatologie.....	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
	WATON (* ⊕), docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELT (*)	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (* ⊕).	J. DELMAS (⊕).	PECH (*) ch. d'ag.
RICHE.	RIMBAUD (*).	

Examineurs de la thèse :

MM. FORGUE, prof., présid^t ; ESTOR, prof. ; RICHE, agrégé ;
ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

*Pour tout le bien qu'ils m'ont fait,
en témoignage de ma profonde reconnaissance.*

A MA MÈRE

*Pour la modestie et la simplicité
dont elle a su orner sa vie, pour la
sollicitude et le dévouement qu'elle
n'a cessé de nous prodiguer ; en gage
de ma vive affection.*

A MON PÈRE

ANCIEN ÉLÈVE ET ANCIEN MAÎTRE DE L'UNIVERSITÉ
DE MONTPELLIER

ANCIEN DÉPUTÉ DE L'AUDE, PERCEPTEUR A NARBONNE

*Pour les exemples de droiture et
d'énergie qu'il m'a donnés, pour le bien
qu'il a su faire dans les diverses
fonctions qu'il a si dignement occu-
pées.*

A. ROUZAUD.

A MON CHER ONCLE MATERNEL
LE DOCTEUR LOUIS VIÉ

MÉDECIN CIVIL A TAMATAVE

*Pour m'avoir donné l'amour de la
profession médicale et pour le remer-
cier de ses innombrables bienfaits.*

A MON FRÈRE
LE DOCTEUR JEAN ROUZAUD

*Avec tout ce que mon cœur contient
d'amour, de reconnaissance et d'affec-
tion.*

A MA SŒUR BIEN-AIMÉE

A TOUS MES PARENTS ET ALLIÉS

DES FAMILLES ROUZAUD, CROUZAT, FROMAGET, VIÉ-BAYET,
CONTE, SALLES, RANCOULLE ET BÉLISSANT

Avec un bien affectueux souvenir.

A. ROUZAUD.

A MON CHER PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE DOCTEUR FORGUE
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

En le remerciant vivement des précieuses leçons et des affectueux conseils qu'ils nous a prodigués pendant la durée de nos études. Il nous fait ce jour le plus grand honneur en présidant pour notre modeste travail.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. REVEL
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE NIMES
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

Volre bienveillante affection et tous vos bons conseils m'ont été d'un précieux soutien au cours des quelques mois d'internat passés à vos côtés. Vous m'avez donné l'idée primitive de ce travail, je vous en remercie du fond du cœur.

A. ROUZAUD.

AVANT-PROPOS

Ce n'est pas sans un sentiment de regret que nous nous voyons sur le point de dire adieu pour toujours à la vie d'étudiant, que nous lançons un dernier regard sur ces longues années si pleines de charme et d'insouciance, avant de nous jeter dans l'inconnu d'une existence nouvelle et d'aborder un art dont l'exercice présente tant de difficultés et demande tant de sérieux. Au moment d'accomplir le dernier acte de leur scolarité, nous avons vu, en effet, beaucoup de nos camarades montrer quelque appréhension de l'avenir qui allait s'ouvrir devant eux. Ils comprenaient sans doute que si la vie de l'étudiant est toute de liberté et d'étude désintéressée, celle du médecin praticien est de décisions urgentes et d'activité responsable. Et, pour un esprit conscient et réfléchi, il est toujours difficile de décider et redoutable d'agir.

C'est pourquoi nous sentons vivement quelle reconnaissance nous devons aux Maîtres de la Faculté de Médecine de Montpellier, qui, en nous instruisant, nous ont donné les moyens de vouloir.

Nous ne saurions, à cette heure, et non sans une certaine émotion, ne pas dire à nos chers parents, qui n'ont

jamais reculé devant un sacrifice pour mener à bien l'œuvre que nous avons entreprise, toute notre affection, tout notre amour ! Que notre piété filiale demeure le symbole de la dette que nous avons contractée envers eux !

Il nous reste maintenant un devoir très doux à accomplir, celui de remercier nos Maîtres de tout ce qu'ils ont fait pour nous.

Un souvenir ému est dû d'abord à notre regretté professeur d'obstétrique, M. Puech, qui fut pour nous un Maître bon et dévoué.

Nous nous sommes adressé, pour notre thèse, à M. le professeur Forgue, officier de la Légion d'honneur. Pendant nos études nous n'avons pas hésité à nous confier à son judicieux sens clinique et à sa haute valeur chirurgicale. Qu'il nous permette de lui apporter ici, publiquement, le témoignage de notre gratitude pour la bienveillance et la sollicitude qu'il n'a jamais cessé de nous prodiguer pendant le temps, hélas ! trop court, passé à ses côtés ; il nous fait ce jour le plus grand honneur en présidant pour notre modeste travail.

À nos Maîtres qui acceptent de composer notre jury de thèse, MM. les professeurs Estor, Riche et Elienne, nous adressons l'expression de notre vive gratitude. Nous sommes heureux de trouver là, une fois de plus, l'occasion de leur dire notre reconnaissance.

Au professeur Vires, nous lui devons toutes nos connaissances de cette thérapeutique basée sur l'étude raisonnée du symptôme, qui honore l'« Ecole de Montpellier » ; nous lui devons aussi le grand honneur de notre profession. Nous nous rappellerons ses causeries au lit du malade, à l'Hôpital Général. Il a été durant

toutes nos études médicales un Maître sympathique doublé d'un ami dévoué.

M. le professeur Mouret nous honora de son estime et de sa confiance pendant notre année d'internat vécue dans son service, et c'est grâce à lui que nous avons apprécié les charmes de l'oto-rhino-laryngologie. Nous lui adressons l'expression de notre gratitude.

Nous exprimons enfin nos sentiments de reconnaissance la plus émue à MM. les professeurs Gilis, Hédon, Granel, Galavielle, Baumel, Ducamp, Sarda, Rauzier, Gachon et Daulheville, amis et camarades de mon père ; de leur précieux enseignement nous conserverons un inoubliable souvenir.



LA DÉSARTICULATION TEMPORAIRE

DANS LES

OSTÉO-ARTHRITES BACILLAIRES

DU TARSE ANTÉRIEUR

INTRODUCTION

Nous n'avons nullement l'intention de faire ici une étude complète et détaillée de la tuberculose du pied, pas plus que nous ne voulons étudier les lésions bacillaires du tarse tout entier. Le sujet serait de trop vaste envergure, nous le localiserons seulement au tarse antérieur. Sans doute, dans la majorité des cas, la lésion ne reste point localisée et nous voyons, comme l'a bien fait remarquer G. Andrieu, que l'astragale malade infecte le plus souvent la tibio-tarsienne, que les ostéites du calcanéum — quoique plus difficilement — peuvent envahir les articulations calcanéo-astragaliennes et calcanéo-cuboïdiennes ; sans doute les tuberculoses du tarse antérieur ont une tendance générale à envahir le tarse postérieur, de telle sorte qu'il est difficile de ne pas envisager cette complication presque constante,

mais les matériaux nous manquent pour donner plus d'ampleur à notre sujet, et nous réservons à d'autres, plus autorisés que nous, le soin de traiter la question. Notre travail, entendant d'ailleurs rester aussi modeste que celui l'inspira, vise simplement à être une mise en évidence de la valeur de la méthode. Il eût pu, si nous l'eussions voulu, s'offrir sous forme de travail volumineux, dans lequel on aurait pu traiter de l'ostéo-arthrite bacillaire en général. Il nous a paru beaucoup plus intéressant de localiser notre sujet aux lésions de l'antétarse et d'offrir des résultats que, pour la plupart, nous avons pu contrôler nous-même.

C'est surtout la méthode du professeur P. Delbet de la « désarticulation temporaire », localisée au tarse antérieur, que nous avons en vue. En effet, durant notre internat dans la ville de Nîmes, nous avons eu l'occasion de faire avec notre excellent confrère et ami le Dr J. Revel, chirurgien des hôpitaux et initiateur de notre thèse, quelques interventions de ce genre. Notre but sera largement atteint si nous intéressons certains de nos lecteurs, puisque, grâce à cette technique opératoire minutieusement réglée, nous avons obtenu d'excellents résultats.

D'ailleurs, pendant notre scolarité dans la vieille « Ecole de Montpellier », nous avons vu pratiquer — à quelque chose près — des interventions de ce genre, ce qui prouve, dans une certaine mesure, que, si le procédé paraît neuf, il est déjà vieux d'expérience, puisque nos maîtres l'emploient dans nombre de lésions ostéo-bacillaires depuis près de trente ans.

De même que nous localisons la technique de la « désarticulation temporaire » à l'antétarse, de même nous devons établir une sélection et ne réserver l'opéra-

tion qu'à certains individus, qu'aux adultes. L'âge du sujet fait que la tuberculose ostéo-articulaire évolue, comme toute chose, et il ne nous vient pas à l'idée de pratiquer ces interventions chirurgicales sanglantes et disons même déconcertantes pour celui qui les voit pour la première fois (le pied largement ouvert est plié sur lui-même de telle sorte que les orteils viennent en contact du talon) chez les enfants et même les jeunes adolescents. Les malades chez lesquels nous intervenons ont un âge variant de 25 à 35 ans environ.

Quant au plan de notre travail, nous allons logiquement adopter le suivant :

Dans un premier chapitre nous étudierons l'anatomie pathologique et les diverses localisations du processus tuberculeux aux différents éléments du pied : synoviales, gaines tendineuses, enfin et surtout parties squelettiques du tarse.

Dans un second chapitre nous jetterons un coup d'œil sur la symptomatologie de la maladie et, par là même, nous ferons un diagnostic différentiel avec les autres affections morbides qui peuvent cliniquement prêter à la confusion.

Le troisième chapitre sera celui de l'intervention chirurgicale proprement dite. Il sera le plus important de notre travail et nous nous efforcerons d'en régler minutieusement la technique opératoire en insistant, chemin faisant, sur l'anatomie topographique.

Enfin, la quatrième partie sera tout naturellement réservée à nos observations et servira de trait d'union à la cinquième partie où nous tirerons nos conclusions qui font de la « désarticulation temporaire » du tarse antérieure la méthode de choix.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

En étudiant l'anatomie pathologique proprement dite de la localisation du foyer bacillaire au tarse antérieur, il convient de considérer le mode de propagation de l'affection, c'est-à-dire le processus en lui-même. Nous allons donc passer en revue les synoviales, les gaines tendineuses, enfin les foyers osseux qui sont le point de départ de la maladie et qui, après un temps plus ou moins long, seront le lieu d'élection des fongosités et des processus nécrosants.

Les synoviales peuvent être les portes d'entrée de l'affection et, dans ce cas, ces portes présentent un danger d'autant plus grand que les synoviales sont, dans la région du tarse, plus voisines les unes des autres et en connexion plus étroite. C'est ainsi, comme l'admet le professeur Delbet, que des deux articulations constitutives du Chopart (astragalo-scaphoïdienne et

calcanéo-cuboïdienne) peuvent être considérées cliniquement comme formant un tout homogène puisque, dans la presque totalité des cas, elles sont frappées simultanément par le processus pathologique. La synoviale de l'articulation scapho-cunéenne est commune aux trois cunéiformes; c'est la plus grande des synoviales du tarse. Il existe une synoviale indépendante pour l'articulation du cuboïde avec le troisième cunéiforme; enfin la synoviale située entre le second et le troisième cunéiforme est une dépendance de la grande synoviale cunéo-scaphoïdienne. Les culs-de-sac des cunéiformes sont le trait d'union de cette dernière articulation avec l'article de Lisfranc.

Dans les inflammations aiguës ou chroniques du tarse antérieur, toutes ces articulations communiquent plus ou moins les unes avec les autres et forment des culs-de-sac où viendront s'accumuler ces produits infectieux si on n'en fait pas l'ouverture large en enlevant tous les os contenus dans le manchon capsulo-périostique. Lentement, en effet, sans grand fracas clinique, le processus tuberculeux peut entrer en scène en envahissant progressivement le tarse, comme, en ophtalmologie, un pannus envahit progressivement la cornée.

Au bout d'un temps plus ou moins long, nous voyons la synoviale très épaissie et présenter trois zones de la périphérie au centre : une zone fibreuse, une vasculaire, et une dernière fongueuse. La surface interne de celle-ci subit une fonte incessante dont les produits tombent dans l'articulation et forment des abcès froids articulaires. A une époque plus tardive, les ligaments eux-mêmes sont usés, envahis, dissociés par les fongosités et finissent par disparaître.

A côté des synoviales, les gaines tendineuses peuvent être, quoique plus rarement, le point primitif de la localisation du processus inflammatoire. Elles sont largement infiltrées, la couleur nacréee caractéristique du tendon disparaît peu à peu pour faire place à des irrégularités pathologiques siégeant sur les bords des tendons et donnant à ces derniers une couleur rougeâtre très nette, une consistance moins ferme dont on se rend très bien compte en opérant.

Le long péronier latéral est le tendon qui est le plus souvent atteint et il peut être dépoli sur une longueur de plusieurs centimètres alors que la lésion n'a pas encore attiré grandement l'attention du malade. Des désordres de cette nature doivent être bien connus du chirurgien qui doit s'efforcer de faire la toilette tendineuse avec grand soin pour enlever toutes les fongosités et excroissances pathologiques.

Cependant, si le début par l'infection des gaines tendino-musculaires est réel, il est assurément très rare. Ces synovites tendineuses tuberculeuses restent d'ailleurs très volontiers limitées à leurs gaines respectives et ne provoquent pas de lésions des tissus ostéo-articulaires sous-jacents (Ch. Audry).

Nous savons enfin que la tuberculose peut surtout se développer dans une articulation, dans celui des os qui est le plus mobile, le plus comprimé, dans celui qui supporte les pressions les plus fortes. En effet, les ostéo-arthrites tuberculeuses du tarse, qui est le locus minoris resistentiae, débent le plus souvent par une phase d'ostéite pure, les lésions primitives des synoviales étant relativement rares. Cette première période d'ostéite est parfois fort longue, évolue sans trop de douleur pour le malade et peut se localiser à un os

(surtout lorsque ce dernier est volumineux, comme le calcanéum par exemple, et qu'il a une anatomie propre). La période d'ostéite du tarse antérieur passe souvent inaperçue parce qu'elle n'éveille pas l'attention du sujet ; ce n'est que lorsqu'elle arrive au stade d'ostéo-arthrite que les symptômes prennent plus d'importance. On a alors affaire, dans la majorité des cas, à une tuberculose fistulisée.

Si le bacillose du médio-tarse est secondaire, il s'agit le plus souvent de tuberculose primitive des métatarsiens ayant une extension vers l'arrière-pied, l'envahissement provenant du tarse postérieur étant une exception.

Par rapport aux autres ostéo-tuberculoses, la fréquence de la tuberculose du tarse est la suivante :

Pour Lannelongue	33 cas sur	372 (soit 9% environ)
— Billroth	150	— 1.996 — 8 —
— Love	58	— 876 — 7,7 —
— Broca	110	— 1.448 — 7,6 —

M. Estor (Congrès de 1905) admet que la tuberculose du pied doit être placée au quatrième rang parmi les tuberculoses ostéo-articulaires.

Au point de vue localisation des lésions, Czerny sur 52 cas de carie du tarse a vu le mal débiter 15 fois par l'astragale, 13 fois par le calcanéum, 16 fois par le cuboïde et 8 fois par le cunéiforme et le scaphoïde. Pour Love, sur 58 cas, 26 fois le tarse a été atteint, le calcanéum, 34 fois et le tarso-métatarse 8 fois. Enfin Broca relève sur 110 cas, 63 localisations tibio-tarsiennes, 18 localisations au tarse postérieur, 16 localisations au calcanéum et 13 localisations au tarse antérieur.

Quoi qu'il en soit, nous devons reconnaître que, dans la majorité des cas, nous ne saurions établir une com-

paraïson absolue entre la fréquence des lésions primitivement synoviales, tendineuses et celles des lésions débutant par les os. La tuberculose du pied, à type tarsien antérieur, qui fait l'objet de notre étude, est, comme l'a fait remarquer M. Ch. Audry, une tuberculose, en somme, cantonnée dans une lésion bornée. Elle doit être distincte, au point de vue anatomo-pathologique, de la tuberculose tarsienne postérieure (provenant des malléoles et de la grande synoviale) et de la tuberculose médio-tarsienne (provenant de l'astragale et, plus rarement, du calcanéum).

Les ostéo-arthrites de l'antétarse présentent, comme nous le verrons, des lésions osseuses et des lésions ostéo-articulaires. Ces dernières peuvent atteindre la partie antérieure du pied et constituer des ostéo-arthrites tarso-métatarsiennes. L'anatomie propre du premier métatarsien ne permet que très rarement l'extension de la tuberculose en arrière de la diaphyse, le cartilage de conjugaison formant, pour Andricu, un obstacle temporaire au développement du processus. Les quatre derniers métatarsiens, au contraire, seront un terrain plus favorable pour le bacille de Koch.

Ces faits doivent être connus cliniquement, mais nous jugeons inutile d'y insister, l'ostéite des métatarsiens par marche envahissante et l'ostéo-arthrite du tarse antérieur étant souvent pathologiquement deux questions connexes, mais morphologiquement séparables.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

A la période de début, l'ostéite du tarse antérieur peut donner lieu à un diagnostic assez hésitant. Le malade éprouve alors des douleurs vagues dans son pied, la marche provoque de la lourdeur du membre. C'est surtout à la fin de la journée que le sujet souffre ; il boite fréquemment en marchant et astreint son articulation à un travail minimum. Pendant le sommeil, il se réveille parfois brusquement, car la douleur peut avoir une exacerbation soudaine : Ollier accepte l'opinion que, dans une certaine mesure, on peut admettre que l'on a affaire à des lésions osseuses.

Si nous interrogeons le malade, il est bien rare qu'il n'admette pas un traumatisme, plus ou moins lointain, comme cause primordiale des lésions dont il est porteur. Or, en poussant plus avant nos investigations, nous nous rendons compte, ou que le traumatisme est imaginaire,

ou qu'il est trop ancien, ou enfin qu'il n'a pas porté sur le lieu de siège de la maladie.

Quand le processus arrive à la période d'état, la tuberculose du tarse antérieur est plus aisée à reconnaître : l'attitude vicieuse devient un signe excellent qui n'existe pas au début. Elle consiste en une flexion légère détendant les ligaments associés, en une rotation du pied dans l'un ou l'autre sens en même temps que le gonflement du tarse peut être apprécié à l'œil nu, le pied tenant à prendre la forme d'une massue.

C'est en général à l'équinisme en valgus que nous avons affaire. Cette attitude défectueuse apparaît de bonne heure, bien avant la formation des abcès et fistules. Nous admettons avec Schæfer (de New-York) et Bonnet que ce pied bot est produit par la contracture musculaire, son propre poids, le poids des couvertures, le décubitus habituel du malade, etc.

À côté de ce symptôme, un signe pathognomonique important est la constatation de l'atrophie musculaire. Nulle arthrite chronique ou aiguë, en effet, ne produit une atrophie aussi rapide. Cliniquement cette atrophie peut apparaître presque d'emblée à la totalité du membre.

Pour l'apprécier, il nous suffit de mesurer au ruban métrique la circonférence du membre malade et celle du membre sain à égale distance d'un repère osseux fixe. Cependant si ce signe a une réelle importance, lorsqu'il existe, nous devons reconnaître avec Mondan (Thèse de Lyon, 1882) qu'il peut faire défaut.

Si l'atrophie musculaire peut avoir sa valeur clinique, nous devons aussi faire une mention spéciale à l'adénopathie. Pour M. Gangolphe et M. Ollier, « si la lésion

est tuberculeuse, l'adénite doit être de règle ». Le système lymphatique est alors envahi à distance par la diffusion rapide des toxines bacillaires parties du foyer périphérique. Cette adénopathie doit donc toujours être recherchée avec soin dans les ganglions du triangle de Scarpa, mais il est bien rare que le stade de suppuration se produise.

L'examen de la région fournit donc au chirurgien des renseignements d'une grande valeur. Il permet par la pression et les mouvements passifs de localiser la douleur à un os, à une articulation, de se rendre compte, par la palpation, d'un gonflement reconnu à l'inspection, d'en apprécier enfin les limites et la consistance.

Mais bientôt la fonte caséuse du tubercule donne lieu à des abcès qui se manifestent par la fluctuation. Le gonflement s'accroît, son contenu se ramollit, la peau paraît s'amincir en un point, elle devient d'un rouge violacé par suite de la dilatation des veines superficielles qui la vascularisent et l'épiderme tendu, chaud, prend un aspect luisant anormal.

C'est alors la troisième période, celle des fistules, qui est caractérisée par la septicémie chronique. J. Andrieu a insisté le premier sur la température qui s'élève et peut arriver à 40° et même dépasser ce point; si elle se maintient entre 38° et 39°, il y a cependant de temps à autre des abcès fébriles transitoires qui traduisent la rétention du pus et la participation viscérale à la tuberculisation avec le poumon au premier chef.

Nous venons de parler des mouvements passifs que nous recherchons chez le malade pour localiser la lésion, et puisque ces mouvements sont, au point de vue clinique, de première importance, nous devons les connaître et les provoquer avec soin.

Cliniquement, en effet, ces mouvements sont abolis dans l'articulation malade et leur amplitude est plus ou moins diminuée dans les articulations voisines.

Les mouvements physiologiques du pied sont au nombre de cinq : flexion, extension, adduction, abduction et enroulement, qui se passent respectivement dans les articulations tibio-tarsienne, sous-astragalienne et médio-tarsienne. Notons, en passant, l'intégrité remarquable de la tibio-tarsienne, quoique ne faisant pas partie de notre étude. Pour explorer la sous-astragalienne, nous tenons le calcanéum à pleine main tandis que de l'autre nous essayons de le déplacer transversalement sur l'astragale. Ceci doit être connu du clinicien, mais ne pas nous retenir plus longtemps, puisque nous n'avons pas localisé notre sujet à cette articulation et qu'il n'est nullement question d'astragalectomie.

Retenons surtout que les mouvements d'adduction et d'abduction de la médio-tarsienne sont produits artificiellement en immobilisant d'une main le tarse postérieur et en portant successivement de l'autre main l'avant-pied en dedans et en dehors. Sans doute ces mouvements de latéralité sont de peu d'étendue, mais ont assez d'amplitude pour provoquer une vive douleur, si on a affaire à une tuberculose médio-tarsienne.

Le diagnostic différentiel de la tuberculose du tarse antérieur avec le pseudo-rhumatisme et l'arthropathie tabétique sera, le plus souvent, relativement facile.

Enfin, dans le cas où la localisation des lésions aura été impossible, nous aurons recours à un dernier mode d'exploration : la radiographie. Son usage est heureusement passé de nos jours dans les mœurs médicales et nous devons même l'employer par principe lorsque le diagnostic est fermement posé. Nous verrons de la

sorte, avant toute intervention, notre champ d'action plus libre et nos vues plus nettes.

Il est cependant un point que nous ne devons pas oublier et dont la constatation clinique des faits nous a montré l'importance. C'est que la radiographie ne va nous renseigner que d'une façon incomplète sur l'étendue réelle des lésions. Ces dernières, en effet, même lorsque le cliché est excellent, paraissent toujours bien moins importantes que ce que va nous montrer l'anatomie pathologique elle-même au moment de notre « désarticulation temporaire », alors que nous ferons la toilette méticuleuse du foyer tuberculeux.

Cependant la radiographie n'en restera pas moins très utile avant l'intervention et elle nous sera aussi d'un précieux concours lorsque nous ferons le diagnostic rétrospectif des lésions guéries.

Enfin, avant de clore notre symptomatologie, nous ne devons pas oublier l'examen général très soigneux du malade. Cet examen s'impose ; nous verrons de la sorte s'il n'y a pas de tuberculoses concomitantes pour orienter notre diagnostic et porter un pronostic en connaissance de cause.

CHAPITRE III

LA DÉSARTICULATION TEMPORAIRE SA TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La symptomatologie de la maladie nous étant connue, après avoir fait un examen clinique méticuleux du tarse, nous être rendu compte des lésions que la radiographie peut nous fournir, nous devons poser en règle générale que, pour agir efficacement et donner à notre intervention les meilleures garanties de succès, nous devons avoir sous les yeux un vaste champ d'action : nous devons voir, y bien voir et, dans ce but, pratiquer une large brèche opératoire.

Notre malade est à jeun depuis la veille, son pied a été largement badigeonné de teinture d'iode et un pansement ouaté fait avec soin.

Nous faisons pratiquer par un aide une anesthésie générale, une narcose soit à l'éther goutte à goutte, soit à l'A. C. E., soit enfin au mélange de Schleich, pendant

que nous-même nous procédons à un Fürbringer méthodique en trois temps. Si notre personnel fait défaut, nous ferons, suivant la technique d'usage, une rachianesthésie à la novocaïne (Lumière, de Lyon) ou à la syncaïne (maison Byla).

Un infirmier tiendra, pendant quelques minutes, le membre malade au-dessus du plan horizontal. On applique alors avec soin la bande d'Esmarch pour ischémier le membre. Ce dernier est mis en position convenable, nous badigeonnons à l'iode, faisons le champ opératoire et plaçons sur l'avant-pied une serviette aseptique serrant assez fortement la tête des métatarsiens, la racine des orteils, et nous la confions à notre aide.

Notre incision va être transversale, elle ne sera point située très en avant, car nous ne cherchons pas à faire un lambeau dorsal, contrairement à la technique de Vogt, de Bardenheuer, de Fiori et de Girard. Nous n'avons cure que d'attaquer l'interligne articulaire par le plus court chemin.

Comme si nous voulions faire une désarticulation définitive, nous repérons le tubercule du scaphoïde à l'intérieur et, à la partie externe, un point situé à un centimètre environ derrière le tubercule du cinquième métatarsien. Nous unissons ces deux points par une incision cutanée. Notons cependant, en passant, que la présence et la localisation des fistules peut nous faire modifier l'incision, la rendre plus antérieure, plus postérieure, ou enfin sinueuse.

Cette incision cutanée, postérieure à l'arcade veineuse dorsale, a intéressé la veine saphène externe (passant en arrière de la malléole du péroné) et la veine saphène interne (chevauchant sur la partie antérieure de la malléole interne). La ligature de ces deux veines sera pratiquée

sans présenter le moindre désordre, la circulation de retour s'effectuera d'une bonne façon puisque, même après une saphénectomie totale, on n'a même pas à redouter de troubles vasculaires.

Notre incision a été aussi perpendiculaire à des branches du nerf musculo-cutané, nerf sensitif et sus-aponévrotique qui donne les sept ou neuf premiers collatéraux dorsaux des orteils. Mais cette section nerveuse n'a point d'importance clinique et nous ne devons pas avoir à craindre des névrites ultérieures. L'aponévrose superficielle du tarse étant sectionnée, nous arrivons sur un plan formé par un faisceau de tendons qui sont, de dedans en dehors : celui du jambier antérieur, de l'extenseur propre du gros orteil, de l'extenseur commun des orteils et du péronier antérieur.

A cause de la rétraction tendineuse qui peut se produire et aussi pour ne point perdre ultérieurement des minutes qui nous sont précieuses, nous repérons les bouts supérieurs des deux premiers de ces tendons, par un catgut que maintiendra une pince hémostatique, et sectionnons ensuite perpendiculairement et sans hésiter ces cinq tendons.

Après avoir pratiqué la section des deux faisceaux des muscles pédieux, nous arrivons sur l'articulation qui nous intéresse, celle de Chopart. Point n'est besoin, pour pratiquer la désarticulation, d'instruments spéciaux ; nous nous servons du même bistouri pour ouvrir la capsule articulaire et sectionnons sur la partie la plus saillante de la voûte le ligament astragalo-scaphoïdien, sur le côté externe la branche calcanéenne du ligament en Y et le ligament calcanéo-cuboïdien, enfin sur le côté interne les trois ligaments latéraux.

L'article médio-tarsien est béant, le pied ayant bas-

culé est ouvert comme un livre, et nous passons à l'inspection des surfaces articulaires. Les lésions macroscopiques peuvent ne pas exister sur le revêtement cartilagineux du scaphoïde et du cuboïde ; si ce cartilage est, au contraire, dépoli par endroits, un peu rougeâtre, au lieu d'avoir la couleur blanc nacré caractéristique, cela nous prouve que nous avons affaire à des lésions plus avancées. Nous ne devons pas oublier, en effet, que la partie cartilagineuse de l'articulation est la moins attaquée et, lorsqu'elle présente des lésions du processus bacillaire, elle devient aussi moins dure et l'os lui-même sera sûrement le foyer d'une ostéite assez avancée dans son évolution.

Après avoir, avec le bistouri, séparé la peau du tarse d'avec le plan osseux sous-jacent, nous plaçons un écarteur de Farabeuf sur la lèvre antérieure de l'incision et ruginons la partie supérieure du scaphoïde, du cuboïde et des cunéiformes. Nous ne sommes pas frappés outre mesure de sentir des points moins durs sous la curette ; nous en repérons le siège exact.

Si nous avons sur les côtés un ou plusieurs points fistuleux ou que nous jugions utile de pousser nos investigations vers les gaines des péroniers latéraux, qui sont souvent atteintes, nous branchons, perpendiculairement à notre premier débridement, une incision latérale ; puis, nous passons à l'examen de la région plantaire.

La section des ligaments plantaires, qui constituent la charnière de notre avant-pied, est pratiquée et nous décollons la voûte plantaire des muscles sous-jacents. Les fongosités sont recherchées avec le plus grand soin ; nous nous rendons compte si les gaines tendineuses sont envahies et nous notons enfin que, dans la majorité

des cas, ces tissus musculaires sont d'une couleur brônâtre et d'une consistance plus molle, pathologique, caractéristique. Nous enlevons avec les ciseaux courbes tous ces parties musculaires qui sont fongueuses et jambonnées. Cette recherche méticuleuse de tous les foyers de fongosités nous prendra le plus grand temps, mais elle est d'une utilité primordiale.

Nous faisons une hémostase soignée des troncs artériels lésés et, une fois que la plaie est bien nette, nous procédons à l'ablation des lésions osseuses, après avoir enlevé la bande d'Esmarch.

Nous ne saurions ici poser de règles générales ; suivant l'étendue de l'ostéite nous pratiquerons l'enlèvement total du tarse antérieur ou de tel ou tel os, ferons un curettage plus ou moins profond ou une résection portant sur telle partie lésée du squelette de l'antétarse.

Enfin les nouveaux rapports osseux seront établis, mais la concordance des surfaces venant en contact n'a pas besoin d'être d'une régularité parfaite ; une réunion approximative suffit, l'accommodation se fera peu à peu, ultérieurement, la « bonne nature » venant en aide au chirurgien.

Les tendons que nous avons repérés au début (jambier antérieur et extenseur propre du gros orteil) seront suturés par un simple fil. Point n'est besoin de nous occuper de leur longueur. Théoriquement, ils seront maintenant plus longs, puisque l'ablation d'un, de plusieurs ou de la totalité des os du tarse antérieur a déterminé forcément un raccourcissement du membre ; mais, en pratique, il n'en est rien, car il se produit physiologiquement une rétraction tendineuse post-opératoire qui rend inutile le raccourcissement tendineux

que le chirurgien croirait devoir pratiquer artificiellement.

Avant de faire la suture cutanée, nous touchons largement la plaie opératoire à la teinture d'iode, ou au chlorure de zinc, ou enfin à l'acide phénique, chacun de ces antiseptiques ayant ses partisans.

Si nous venons de dire antérieurement que, pour les parties osseuses, l'adaptation n'avait nullement besoin d'être exacte, puisque ce n'était pas une soudure, bien au contraire, que nous recherchions dans la néarthrose, il n'en est pas de même pour la peau du tarsè, dont les deux lambeaux doivent être réunis aussi exactement que possible par douze à quinze crins de Florence.

Nous pourrions enfin placer un drain de verre à l'un des deux bouts, interne ou externe, de l'incision pour favoriser l'écoulement au dehors des déchets et des liquidès exsudés.

Le pied est placé dans la direction du membre, en ayant bien soin d'éviter surtout la rotation interne; il sera à peu près à angle droit sur la jambe. Nous mettons une attelle plâtrée postérieure, remontant d'un côté presque jusqu'au creux poplité et, à la face plantaire, dépassant d'un centimètre l'extrémité des orteils. Il est aussi de sage pratique de placer un tampon de coton entre la plante du pied et cette attelle pour reconstituer, dans la mesure du possible, la voûte plantaire et éviter la ptose du calcanéum. Quelques tours de bandes plâtrées fixeront la semelle rigide, maintiendront le pied en bonne position sur la jambe. Nous constituerons de la sorte un véritable moule dans lequel le pied nouveau va se développer.

Le malade est apporté dans un lit et nous veillons à

ce que le membre soit légèrement élevé au-dessus du plan horizontal.

Le traitement post-opératoire a la plus grande importance et le silence des auteurs sur ce point est vraiment surprenant. Ce n'est, en effet, que par une série de soins assidus, raisonnés, prolongés, même longtemps après la cicatrisation de la plaie, que le chirurgien obtiendra les meilleurs résultats fonctionnels, éloignés, quasi définitifs puisqu'ils seront à la longue invariables et à l'abri de tout changement spontané.

La température rectale doit être prise attentivement deux fois par jour et régulièrement notée ; à la moindre élévation thermique un peu inquiétante le pansement doit être refait.

Au bout de dix à quinze jours, nous enlevons l'appareil plâtré pour l'ablation des fils de suture de la peau. Il est de règle que la plaie présente un certain suintement, souillant plus ou moins la botte plâtrée par suite des fongosités et sérosités sorties par le drain. Ceci ne nous choque point et nous voyons que la cicatrisation est en bonne voie. Les points enlevés, nous touchons à la teinture d'iode et immobilisons le pied dans la même position et avec le même dispositif.

Le malade devra garder un nouvel appareil encore dix à quinze jours. A cette époque, nous enlèverons le drain et pratiquerons un troisième et dernier pansement plâtré qui, étant définitif, nous demandera un dernier polissage.

Cet appareil sera gardé un bon mois et il est même sage de ne l'enlever qu'après avoir fait marcher le malade avec des béquilles et avec une extrême lenteur. Cette gymnastique musculaire aidera au moulage de la voûte plantaire et à sa bonne conformation. L'appareil

enlevé, la guérison n'est pas encore complète, le malade boite encore. Si son pied est bien conservé, il ne peut pas encore s'en servir. Il faut donc faire des massages pour fortifier les muscles de la jambe et pratiquer une mobilisation rationnelle. A cet égard la marche nous paraît une méthode susceptible d'accélérer la guérison définitive.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Inédite. — Recueillie dans le service de M. le D^r Revel)

M^{me} M. F..., âgée de 30 ans, entre à l'hôpital Ruffi de Nîmes, le 25 décembre 1918. Pas d'antécédents héréditaires, ni collatéraux.

C'est une veuve de guerre qui a deux enfants âgés l'un de 10 ans, l'autre de 3 mois 1/2. Les deux accouchements ont été normaux et les suites de couches bonnes. Elle a contracté un second mariage il y a un mois.

Cette personne n'a jamais été malade, mais elle s'enrhume facilement en hiver. À l'auscultation notons un peu de rudesse respiratoire du côté gauche. Pas de tachycardie.

Le 20 novembre, elle se plaint de douleurs dans le genou gauche ; ce dernier était même légèrement augmenté de volume et la malade « ne pouvait descendre les escaliers qu'à grand'peine ». Peu à peu, grâce au repos, les douleurs rétrocedent.

Le 2 décembre au soir, brusquement, la malade ressent des élancements très vifs dans le pied gauche. Elle garde le repos au lit, se met des compresses chaudes sur son membre, car on la soigne quelques jours pour phlébite qui serait consécutive à ses couches. La douleur est spontanée au repos, plus marquée la nuit que le jour et insupportable si la malade essaie de marcher.

Le 23 décembre elle nous fait appeler; nous éliminons le diagnostic de phlegmatia alba dolens et faisons entrer la malade à l'hôpital car elle ne peut recevoir chez elle les soins nécessaires.

Etat à l'entrée. — Le pied est tuméfié dans toute sa partie antérieure, aussi bien sur sa face dorsale que plantaire. La peau de la région dorsale est bleuâtre, chaude, tendue, sans dilatation veineuse apparente. Il n'y a pas de fistule. Le pied est en léger équinisme.

A la palpation : douleur très vive à la partie moyenne du dos du pied (scaphoïde, cuboïde, cunéiformes). En avant et en arrière de ces os, la douleur des métatarsiens est moins marquée ainsi que du côté de l'astragale et du calcaneum. Au niveau de la face plantaire, douleur diffuse très vive, correspondant pour son maximum à la douleur dorsale. Rien d'apparent du côté de l'article tibio-tarsien, les mouvements de flexion et d'extension ne sont pas douloureux.

En raison de la vive douleur provoquée par la palpation, on ne peut examiner en détail et de façon précise les divers os et articulations du tarse antérieur.

Pensant à une ostéite de l'avant-pied, nous faisons faire deux radiographies (face et profil) du pied malade. Ces clichés nous montrent un foyer d'ostéite assez net siégeant dans la région de l'antétarse, et après avoir pré-

paré la malade nous décidons d'intervenir chirurgicalement.

Opération (7 janvier 1919). — Rachianesthésie parfaite à l'allocaïne Lumière (0,15 cent.). Incision du Chopart. Section des tendons du dos du pied après avoir repéré les bouts supérieurs du jambier antérieur et de l'extenseur propre du gros orteil. On incise la capsule. Exploration de la face supérieure du tarse. On trouve malade le scaphoïde, au niveau notamment de sa face antérieure, les trois cunéiformes, le cuboïde et l'extrémité postérieure des quatre derniers métatarsiens.

Les lésions osseuses sont des lésions d'ostéite sans abcès ; les cartilages articulaires ont cependant disparu et les surfaces articulaires sont érodées. On enlève le scaphoïde, le cuboïde, les trois cunéiformes et l'extrémité postérieure des quatre derniers métatarsiens.

Les lésions des parties molles sont peu étendues sur la face dorsale mais surtout du côté de la voûte plantaire et nous branchons aux deux extrémités de l'incision primitive, deux incisions horizontales suivant les bords du pied. Il existe des fongosités, du tissu lardacé disséminé un peu partout, mais plus marqué toutefois vers la face inférieure des métatarsiens. Le tendon du long péronier latéral est envahi dans sa gaine ; il existe tout autour une production fongueuse très étendue que nous enlevons avec soin. Excision de toutes les parties molles paraissant malades.

On touche au chlorure de zinc au 1/10. Réfection du pied ; suture de la capsule ; suture du jambier antérieur et de l'extenseur du gros orteil seulement. Drain de verre transversalement. Crins à la peau. Attelle plâtrée postérieure et immobilisation en bonne position dans un plâtre.

Suites opératoires. — Pendant les 10 jours qui suivent la malade n'éprouve pas de douleurs dans son pied et la température, prise soigneusement deux fois par jour, oscille entre 37°2 et 37°9.

Le 18 janvier, à la suite d'une légère ascension thermique 38°2, nous faisons le premier pansement. Lavage à l'eau oxygénée, ablation des fils; la cicatrisation est en bonne voie. Plâtre.

Le 25 janvier ablation du drain. Suture parfaite. Nous touchons quelques bourgeons charnus au nitrate d'argent. Troisième plâtre. Santé générale parfaite, la malade demande à se lever.

15 février. Pied en parfait état. Pansement ordinaire.

25 février. La malade marche avec des béquilles et provoque la flexion et l'extension de son pied sur la jambe, l'amplitude même des mouvements est assez grand.

En mars la malade sort de l'hôpital. Elle n'éprouve ni douleur spontanée ni douleur provoquée à la pression sur sa néarthrose.

Revue six mois plus tard : son pied est court, tassé, la voûte plantaire peu nette mais il n'y a pas de fistules, le pied n'est pas douloureux. Les résultats tardifs sont donc excellent puisque, à quelque chose près, la marche est aussi normale qu'avant l'opération.

OBSERVATION II

(Inédite)

M^{me} L... C..., âgée de 32 ans, entre à l'hôpital le 9 novembre 1918 pour arthrite du pied gauche.

Antécédents héréditaires. — Mère âgée de 62 ans qui a eu une crise généralisée de rhumatisme il y a 20 ans. Père mort d'entérite. A un frère et une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels. — Enfance normale, sans maladie. Régée à 17 ans; menstrues peu douloureuses durant quatre jours. Leucorrhée habituelle. Pleurésie gauche contractée à 20 ans et résorbée sans thoracentèse. Ne tousse pas mais s'enrhume facilement l'hiver. Pas d'hémopsie. Etat pulmonaire actuel assez bon. Tachycardie.

S'est cassé la jambe droite il y a cinq ans, au niveau de son tiers inférieur. Plâtre pendant quarante-cinq jours. Consolidation et marche parfaites.

Début de la maladie. — Ressent des douleurs sourdes dans son pied gauche depuis près de deux ans; la malade aurait à cette époque reçu dans une cave une lourde bûche sur son pied gauche.

Etat actuel. — Gêne fonctionnelle. Tuméfaction très nette sur le côté antéro-interne du pied gauche depuis la base du premier métatarsien jusqu'à un centimètre en avant de la malléole interne. La partie supérieure du tarse est rouge, la peau tendue, avec dilatation veineuse.

Pied en équinisme : mouvements provoqués impossibles en raison de la douleur.

Radiographie. — Lésion d'ostéite très nette, localisée au tarse antérieur gauche.

Opération (le 15 novembre 1918). — Anesthésie générale à l'éther goutte à goutte. Soins préparatoires. Bande d'Esmarch.

Nous incisons la partie supérieure du tarse, transversalement aux points classiques, sectionnons les tendons et ouvrons la capsule. Des lésions d'ostéite pure sont remarquées au scaphoïde et au cuboïde qui sont pris presque en totalité. Nous enlevons ces deux os ainsi que le 2^e et le 3^e cunéiforme qui présentent des points de moindre résistance et sont friables sous la curette.

Les lésions des parties molles de la face plantaire n'en sont pas moins étendues, et nous devons brancher aux deux bouts de l'incision opératoire deux autres incisions perpendiculaires. Des fongosités s'étendent jusque sous les métartasiens que nous séparons du plan musculaire sous-jacent avec les ciseaux courbes. Les muscles pédieux ont une teinte lardacée caractéristique. Nous terminons la toilette de la plaie à la curette et touchons au liquide de Calot.

Le pied est mis à angle droit et les nouvelles surfaces osseuses bien en contact. Nous suturons les tendons jambier antérieur et extenseur propre du gros orteil, fermons la capsule et plaçons des crins à la peau. Nous touchons enfin à l'iode. Le pied est définitivement immobilisé à angle droit grâce à une attelle postérieure et des bandes plâtrées.

Ablation des fils le dixième jour après notre intervention. Pendant ce laps de temps peu de douleur spontanée ; la température n'a jamais dépassé 37°5. Nous

voyons une plaie opératoire en excellent état, le pansement est assez largement souillé, ce qui est de règle, mais il est inodore. Nous touchons au nitrate d'argent quelques bourgeons charnus exubérants. Lavage à l'eau oxygénée et nouveau plâtre.

Le 20 décembre, le pied est en parfait état, la cicatrisation quasi totale et l'état général de la malade est on ne peut plus satisfaisant. Nous immobilisons le pied à angle droit entre deux planchettes et pratiquons un pansement légèrement compressif.

Le 5 janvier 1919, la malade marche dans la salle avec des béquilles. Les mouvements de son pied sont bons et peu douloureux, la peau normale, pas d'équinisme.

A la fin du même mois la malade sort de l'hôpital. Le pied présente une voûte peu nette, la palpation de la région correspondant au tarse n'est pas douloureuse. Légère claudication.

OBSERVATION III

(Annales de la clinique chirurgicale du professeur P. Delbet. — Résumé)

Rose V..., âgée de 25 ans, entre le 17 novembre 1908 à l'hôpital Necker, au service de M. le professeur P. Delbet. La malade souffre, depuis trois mois, de douleurs localisées à la partie supérieure du pied. Les mouvements sont limités et la malade boite. Depuis trois semaines, elle a même dû garder le lit.

L'examen du pied montre qu'il est épaissi, surtout dans sa partie externe où se trouve une tuméfaction arrondie.

L'avant-pied est rejeté en dedans. La palpation réveille une douleur assez vivé au niveau de l'articulation calcanéo-cuboïdienne. Les mouvements sont également douloureux ; la contracture empêche même complètement la flexion du pied sur la jambe. La peau est saine.

Une intervention est pratiquée le 14 novembre : après application de la bande d'Esmarch, une incision est menée d'un bord à l'autre du pied suivant l'article médio-tarsien. Les tendons dorsaux sont sectionnés, puis l'articulation largement exposée. Du côté de l'astragale, la tête de l'os est normale. Les surfaces de l'articulation calcanéo-cuboïdienne sont dépolies, érodées par places ; sur le pourtour se montrent des fongosités rougeâtres. Ces surfaces sont réséquées, la synoviale excisée et la région plantaire examinée. On y trouve des fongosités s'étendant assez loin. Leur ablation entraîne l'ouverture de la gaine du long péronier qui, envahie, est complètement nettoyée. Suture des tendons ; peau réunie sans drainage. Plâtre.

Dix jours après, les fils sont enlevés. La malade commence à se lever, mais le pied est très douloureux.

Le 21 décembre, il y a une grande amélioration et la malade quitte l'hôpital.

Elle revient le 22 février 1910. La marche est encore difficile. Il existe une mobilité assez étendue au niveau de la néarthrose. La pression décèle de la sensibilité à la partie externe de ce qui représente l'interligne calcanéo-cuboïdien, mais on ne trouve ni gonflement ni fongosités.

Le 29 mars, l'amélioration continue ; les douleurs sont insignifiantes. La malade marche sans canne et la claudication est beaucoup moins marquée. L'état général est assez précaire.

Le 17 mai 1911, la malade est présentée par le professeur Delbet à la Société de chirurgie. Le pied n'offre pas de déformation apparente; l'empreinte plantaire montre seulement qu'il est un peu plus plat que le pied opposé. Il est à la fois souple et mobile.

La jeune fille marche sans claudication et sans éprouver de douleurs, en novembre où elle est vue pour la dernière fois.

OBSERVATION IV

(Thèse de Lyon, 1889. — Service de M. Ollier)

Ostéo-arthrite suppurée du tarse antérieur droit. — Tarsectomie antérieure totale avec abrasion de la face antérieure du calcanéum. — Résultats plus de cinq ans après l'opération.

Jacques G..., 30 ans, cultivateur, entre le 7 novembre 1883 au service du professeur Ollier. Pas d'antécédents héréditaires ni collatéraux. Bonne santé antérieure. Pas de scrofules. La cicatrice que l'on voit au cou vient d'une brûlure. A 12 ans, commencement de scoliose. Pas de douleur dans le rachis. Il y a 20 mois, pleurésie gauche. Résolution lente.

Il y a six mois, ce malade fut pris dans le pied droit, siège d'une entorse 1 an auparavant, de douleurs extrêmement vives. Gonflement considérable du tarse antérieur. Impotence fonctionnelle absolue. Au bout d'un mois, un abcès s'ouvre spontanément au niveau du cuboïde. Les douleurs cessent et le malade se met à travailler un peu. Mais, depuis un mois, les douleurs

sont revenues et la marche est devenue impossible. Nouvel abcès au niveau de la tubérosité du scaphoïde.

Intervention le 14 novembre 1883. Anesthésie à l'éther. Esmarch. Antisepsie. Ablation de tout le tarse. Les os sont dénudés, ramollis et entourés de nombreuses fongosités. Nettoyage de la loge antétarsienne à la curette. Thermocautérisation des fongosités restantes. Drainage très complet. Pansement iodoformé-phéniqué. Gouttière plâtrée postérieure.

Le 15 novembre, le malade dit éprouver dans le pied une vive sensation de brûlure. Il n'a pas de fièvre. On ne touche pas au pansement.

Le 20 novembre, premier pansement; bon aspect de la plaie, peu de pus.

10 février 1884. Un érysipèle, assez bénin il est vrai, vient retarder la guérison.

13 novembre 1886. L'équinisme a disparu; le pied est court, large, étalé, avec une voûte plantaire manifeste mais peu haute. Le malade marche sans canne, très facilement. Il a fait des courses de 25 kilomètres et n'éprouve ni gêne, ni douleur dans le pied.

Le malade ne tousse pas. L'auscultation montre une différence entre les deux côtés, mais ce ne sont que des restes de l'ancienne pleurésie.

24 décembre 1888. Le sujet a augmenté de poids. Pas de douleur dans le pied opéré. La cicatrisation est parfaite. Pas de fistules, un peu de raideur seulement. Il marche sans appui; va travailler tous les jours à 8 kilomètres de chez lui, ce qui fait seize kilomètres aller et retour. Il a fait même un jour plus de trente kilomètres sans bâton.

Le pied opéré est toujours un peu plus chaud que

l'autre. Léger degré d'atrophie de la jambe, les cuisses sont de même grosseur.

OBSERVATION V

(Thèse de Al. Chobaut. Lyon, 1889)

Ostéo-arthrite de l'avant-tarse survenue après une couche. — Tarsectomie antérieure totale moins le scaphoïde. — Résultats près de huit ans après l'opération.

M^{me} M..., âgée de 28 ans, avait toujours joui d'une santé parfaite, quand, à la suite de sa troisième couche, elle fut prise de l'affection qui nécessita l'intervention de M. Ollier. Après son accouchement, elle commit l'imprudence de se mouiller les pieds. Arthrite aiguë consécutive. Sous l'influence d'un traitement approprié, l'inflammation disparaît. Toutefois, le mal persiste. On a bientôt affaire à une ostéo-arthrite fongueuse. Des pointes de feu et un bandage silicaté restent inefficaces.

Opération le 21 mai 1881. M. Ollier enlève tous les os du tarse, moins le scaphoïde, dont la face antérieure seule est abrasée. L'articulation astragalo-scaphoïdienne est reconnue parfaitement saine. Curettage des fongosités. Thermo-cautérisations consécutives. Drainage. Pansement antiseptique. Gouttière plâtrée postérieure.

Suites opératoires excessivement simples. La dernière fistule se ferme deux mois après la tarsectomie.

18 février 1889. L'état de santé de M^{me} M... est le

même qu'avant la maladie, c'est-à-dire excellent. Elle a eu, depuis l'opération, trois enfants de plus.

Le pied tarsectomisé n'offre aucune fistule, n'a jamais présenté d'abcès, n'est pas douloureux et supporte à lui seul tout le poids du corps appuyé sur sa plante, mais non sur sa pointe. La marche s'effectue sans aucun appui. « M^{me} M... n'a jamais remarqué qu'elle ait de la peine à faire les marches et les promenades qu'elle faisait avant », mais elle sort généralement en voiture et n'a jamais fait de sa vie plusieurs kilomètres à pied.

Le pied opéré est légèrement atteint de valgus. Troubles trophiques insignifiants. « M^{me} M... se fait faire une chaussure dont la semelle est doublée intérieurement d'une lamelle métallique, le pied étant plat et ayant besoin de soutien. »

CONCLUSIONS

Les méthodes de traitement de la tuberculose du tarse sont extrêmement nombreuses (immobilisation et compressions, ponctions et injections modificatrices, méthode sclérogène de Lannelongue, tunnellisation et ignipuncture, révulsion, héliothérapie, photothérapie, radiothérapie, etc., etc.) ; c'est là une preuve de leur manque de certitude. N'étant pas en possession d'un traitement spécifique anti-tuberculeux, nous devons nous contenter de moyens palliatifs et nous estimer heureux si nous opposons une barrière momentanée à la marche envahissante du processus.

Le mode de traitement, que nous exposons dans notre étude et qui paraît le plus efficace, est un large débridement, une désarticulation qui aura pour but de nous montrer clairement la localisation des lésions et pour conséquence la possibilité de larges exérèses. En effet, la tuberculose du tarse antérieur s'étend dans la totalité des os courts, et les parties infectées ou séquestrées ne sont pas les seules envahies, mais les seules reconnaissables à l'œil nu comme malades ; le reste de l'os est toujours le siège de lésions trop minimes

pour être appréciées, et par suite le point de départ d'une récurrence quasi certaine ; l'extirpation totale s'impose.

Pour la recherche des divers foyers d'ostéite et des fongosités tendineuses et plantaires, les curettages ne sont, dans la presque totalité des cas, que des demi-mesures insuffisantes et parfois même dangereuses.

Parmi les différentes opérations que l'on peut pratiquer sur le tarse antérieur, la « désarticulation temporaire » est parfaitement réglée, presque aussi méthodique que la résection du poignet, par exemple.

Elle consiste dans l'ablation systématique, totale ou partielle, suivant l'étendue des lésions, des os contenus dans la loge fibro-périostique de l'antétarse ainsi que de toutes les fongosités siégeant sur les tendons ou fusant sous la voûte plantaire.

La désarticulation médio-tarsienne doit être réservée aux adultes dont l'état général et les viscères sont absolument intacts, à ceux que nous pouvons surveiller assez étroitement pour être sûrs de la reconstitution convenable du pied et qui sont capables, enfin, de suivre les règles d'une hygiène bien entendue : nous leur laisserons, de la sorte, un membre utile bien supérieur à nombre de moignons d'amputés.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 22 juillet 1919

Le Recteur,

Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 17 juillet 1919.

Le Doyen,

MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ANDRIEU. — Tuberculose du tarse chez l'enfant (Thèse de Paris, 1905).
- AUDRY (Ch.). — Tuberculose du pied (Thèse de Lyon, 1890).
- ALLAIRE. — Ostéo-arthrites tuberculeuses à évolution lente. Diagnostic par la radiographie (Annales d'électro-biologie, Paris, 1903).
- BAUBY. — Tuberculose diffuse du pied. Amputation de Susyne. Guérison (Echo médical de Toulouse, 1900).
- BELLEMANIÈRE. — Etude sur l'action de la photothérapie sur l'adénite et l'arthrite tuberculeuse (Thèse de Paris, 1904).
- BLAIZOT. — Traitement des tuberculoses chirurgicales par injections médicamenteuses (Thèse de Paris, 1898).
- BÉRARD. — Sur quelques modifications techniques sur les résections articulaires pour tuberculoses (Bull. de la Soc. de chir. de Lyon, 1910, p. 150).
- Bull. de la Soc. de chir. de Lyon, juillet 1911.
- BLUM. — Chirurgie du pied, 1888.
- BOIS. — Emploi des injections iodoformées dans le traitement des arthrites tuberculeuses et en particulier dans les formes fongueuses (Thèse de Lyon, 1900).
- BORRIGLIONE. — Traitement des tuberculoses chirurgicales par l'héliothérapie (Thèse de Lyon, 1894).
- BOUSSEL. — Contribution à l'étude de la tuberculose osseuse juxta-articulaire (Thèse de Paris, 1902).

- CALOT. — Guérison des arthrites tuberculeuses sans interventions sanglantes (Gaz. heb. Bordeaux, 1898).
- CERNE. — Opérations conservatrices dans l'ostéo-arthrite tuberculeuse du cou-de-pied (Normandie médicale, 1890).
- CHAPUT. — Tarsectomie presque totale (Bull. de la Soc. chir., 1902).
- CHOBAUT. — De la tarsectomie antérieure totale et partielle dans les cas pathologiques (Thèse de Lyon, 1889).
- COUDRAY. — Résultats éloignés de la méthode sclérogène de Lannelongue (Rev. de chir., 1897).
- Etudes sur la méthode sclérogène de Lannelongue basée sur plus de 100 observations personnelles (Arch. gén. de médecine, 1898).
- DEEAUT. — Destruction des fongosités articulaires par des injections interstitielles d'éther iodoformé associées à l'ignipuncture (Thèse de Bordeaux, 1893).
- DELBET (P.). — Nouveau procédé de désarticulation momentané pour tuberculose du tarse (Indép. méd., 1900).
- La désarticulation temporaire dans le traitement des tuberculoses du pied (Ann. clin. chirurg., 1913).
- Désarticulations temporaires du pied (Bull. et Mémoires de la Société de chirurgie, 1906, p. 521. — Exposé de titres et de travaux scientifiques, p. 323).
- DUNAND. — L'ignipuncture, son emploi dans le traitement des tumeurs blanches (Thèse de Genève, 1903).
- DUPONT. — De la tumeur blanche sous-astragalienne (Thèse Lyon, 1895).
- ESTOR. — Reproduction osseuse après résection sous-périostée pour ostéite tuberculeuse du pied (Soc. de méd., Montpellier, 1899).
- De la tuberculose du tarse chez l'enfant (Montpellier médical, octobre 1905).
- GANGOLPHE. — Traitement des affections tuberculeuses du pied. (Assoc. franç. de chirurg., 1893).
- De la tumeur blanche sous-astragalienne (Assoc. franç. de de chir., 1902).
- Article « ostéo-arthrites tuberculeuses » (in Traité de chir. Le Dentu et Delbet).

GROSS. — Tuberculose et résection totale du tarse (Congrès français de chirurgie, 1891).

ISBECQUE. — Traitement chirurgical de la tuberculose du pied chez l'enfant (Thèse de Lille, 1893).

JABOULAY. — Tarsectomie totale (Bull. Soc. chir. de Lyon, 1902).

JONNESCO. — Tuberculose du tarse antérieur. Amputation de Pirogoff (Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Bucarest, 1902).

KOENIG. — Tuberculose des os et des articulations (Arch. de Chir., 1879).

LANNELONGUE. — Traité des tuberculoses chirurgicales par méthode sclérogène.

— Traité des ostéo-arthrites tuberculeuses par injections intra et extra-articulaires.

LERICHE et COTTE. — Bulletin de la Société de chirurgie de Lyon, janvier 1911.

LEROUX. — Cure marine des tuberculoses articulaires et osseuses (Congrès de méd., 1900).

LOISON. — Un cas de tarsectomie postérieure totale (Soc. de chir., 1900).

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Traitement des tumeurs blanches (Journal de méd. et de chir. pratiques, 1900).

MARCHAND. — Ostéo-arthrites du tarse. Traitement par injections au chlorure de zinc (Bull. de méd. et chir. Paris, 1898).

MENIÈRE. — Ce que doit être le traitement moderne de la tuberculose articulaire (Arch. prov. de chir., 1902).

MILLIOZ. — De l'héliothérapie locale comme traitement des tumeurs blanches (Thèse de Lyon, 1889).

MONDAN. — De la tuberculose du pied. Anatomie pathologique (Revue de chir., 1894, p. 749).

MONNIER. — Le permanganate de potasse dans le traitement des tuberculoses chirurgicales (Thèse de Montpellier, 1904).

OLLIER. — Opération conservatrice dans la tuberculose articulaire (Revue chirurgicale, 1883).

— De la tarsectomie antérieure totale (Revue d'orthopédie, 1891).

PHOCAS. — Valeur des injections dans la tuberculose locale (Bull. méd., Lille, 1890).

- PONCET. — Tarsectomie totale. Résultats éloignés (Rev. orthop., 1892).
- PINARD. — Du traitement conservateur par évidement avec ou sans opération complémentaire de la tuberculose osseuse et articulaire du tarse postérieur (Thèse de Lyon, 1909).
- POISSON. — Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du pied (Gaz. méd. de Nantes, 1890).
- QUENTIN. — Des injections interstitielles de solutions iodoformées dans les cas de tumeurs blanches (Thèse Bordeaux, 1891).
- ROUVILLE. — Arthrites bacillaires du pied (Bull. Soc. méd. Drôme, 1880).
- TRAPENARD. — L'ignipuncture et ses applications (Thèse Paris, 1875).
- TÉDENAT. — Traitement de la nécrose sup. des os (Montpellier médical, 1883, p. 3300).
- VERNEUIL. — Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du pied par la chaleur (Congrès de chir., 1893).
- VIGNARD et ARNAUD. — Des progrès réalisés dans le traitement chirurgical des tuberculoses (Rev. de chir., 1910, t. 2, p. 768 et 965).
- VILLEMEN. — Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses par la méthode intra et extra-articulaire (Bull. Acad. méd., 1904).
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
